



# AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Seleccione:  EXPEDIENTES MÉDICOS  EXPEDIENTES DENTALES  SALUD MENTAL

Apellido:  Nombre:

Fecha de Nacimiento:  Teléfono Principal:

Relación si no es el paciente:  Padre/Tutor  DSS  Poder Notarial Otro:

Marque si desea que MedNorth ENVÍE expedientes al nombre indicado abajo:

Marque si desea que MedNorth RECIBA expedientes de otro Proveedor/Persona indicado abajo:

A dónde VAN O DE DÓNDE VIENEN los expedientes:

Nombre:

Dirección:

Teléfono:  Fax:

### Información a Divulgar

(marque la casilla)

- Notas del Proveedor  Laboratorio  Radiología  Hoja/Demografía
- Registro de vacunación  Notas dentales  Radiografías dentales Otro:
- Conjunto del expediente médico (demografía, notas, resultados, laboratorio)

### Fechas de Servicio Solicitadas

Desde:  Hasta:   Todas las fechas disponibles

### Divulgación Especial

(requiere consentimiento especial por ley)

#### Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

(Ponga sus iniciales en cada elemento que autoriza divulgar/recibir)

(Iniciales) <input type="text"/>	<b>Evaluación CCA/Psicosocial</b>	(Iniciales) <input type="text"/>	<b>Plan de Tratamiento</b>
(Iniciales) <input type="text"/>	<b>Evaluación Psicológica</b>	(Iniciales) <input type="text"/>	<b>Lista de Medicamentos</b>
(Iniciales) <input type="text"/>	<b>Notas de Psiquiatría</b>	(Iniciales) <input type="text"/>	Otro: <input type="text"/>

La autorización tiene una vigencia de **un año** a partir de la fecha de firma, a menos que ingrese otra fecha aquí:

(dejar en blanco = 1 año por defecto)

- Coordinación de atención  Legal  Discapacidad/Seguro Otro:
- Uso Personal Se pueden cobrar tarifas de acuerdo con la Regla Federal 45 CFR 164.524

### Fecha de Vencimiento Propósito

### Sus Derechos

- El formulario de autorización es voluntario y puede negarse a firmarlo. También puede tachar cualquier palabra con la que no esté de acuerdo.
- MedNorth no restringirá su tratamiento si decide no firmar esta autorización.
- Una fotocopia/fax de esta autorización será tratada de la misma manera que el original.
- Los expedientes de MedNorth pueden incluir expedientes recibidos de otras organizaciones. Si estos expedientes han sido utilizados por MedNorth y archivados en el expediente que mantiene sobre usted, pueden divulgarse junto con sus expedientes de MedNorth.
- MedNorth no puede impedir la redivulgación de su información por parte de la persona u organización que recibe sus expedientes bajo esta autorización, y esa información puede no estar cubierta por las protecciones de privacidad estatales y federales después de ser divulgada. Al firmar esta autorización, usted libera a MedNorth de toda responsabilidad resultante de una redivulgación del receptor.
- Los expedientes cubiertos por la Regla Federal 42 CFR parte 2, la Ley HIPAA de 1996, 45 CFR 160 y 164, y la ley estatal de confidencialidad que rige los servicios de abuso de sustancias (GS 112C) no pueden divulgarse ni redivulgarse sin su consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. Puede revocar su autorización completando la sección a continuación en cualquier momento.
- La información sobre abuso de sustancias puede compartirse sin consentimiento en la medida necesaria para atender una emergencia médica genuina.
- La redivulgación de información sobre abuso de sustancias sin consentimiento está restringida al uso de dicha información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.
- Está prohibida la divulgación de información médica relacionada con la salud reproductiva para conducir responsabilidad penal, civil o administrativa por buscar u obtener atención médica reproductiva donde tal atención sea legal. Atesto que la información solicitada no está relacionada con responsabilidad penal, civil o administrativa de este paciente por buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva donde tal atención sea legal en las circunstancias en que se proporcionó.

**HE LEÍDO Y COMPRENDO LAS DECLARACIONES ANTERIORES Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA**

Firma del Paciente/Padre/Tutor/POA	Nombre en Letra de Molde	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de solicitud:  Solo para expediente  Solicitar expedientes  URGENTE

Completado el  — Solo para Uso del Personal —  Incompleto/no procesable ROI2026-3

--- Cualquier formulario incompleto se considerará inválido y no será aceptado ni procesado con el fin de mantener el pleno cumplimiento de las regulaciones de HIPAA (45 CFR 164.508).



# AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

**Nota:** Si el paciente es menor de edad, carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario. Anote la relación/autoridad si la firma no es la del paciente:

- Agente de Atención Médica/Poder Notarial     Padre/Tutor     Albacea/Administrador     Servicios Sociales

**Nota:** Si un menor consintió su tratamiento ambulatorio para embarazo, enfermedades de transmisión sexual o salud conductual/mental sin el consentimiento de los padres, el menor debe firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor que recibe tratamiento por abuso de sustancias, el menor debe firmar esta autorización.

Firma del Menor	Nombre en Letra de Molde	Fecha
<hr/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## SECCIÓN DE REVOCACIÓN

Por medio de la presente solicito que esta autorización para divulgar información médica de

(Nombre del Cliente)  firmada por (Nombre de la Persona que Firmó)

el (Fecha de Firma)  sea revocada, a partir de

Comprendo que cualquier acción tomada bajo esta autorización antes de la fecha de revocación es legal y vinculante.

Firma del Paciente  Fecha

Firma del Testigo  Fecha